Советское ЗДРАВООХРАНЕНИЕ

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ СССР

СОДЕРЖАНИЕ

CONTENTS

ГОД ИЗДАНИЯ XXV



9
1966

ИЗДАТЕЛЬСТВО «МЕДИЦИНА»

ния полов будет захватывать все большие контигенты женщин генеративного возраста. В ближайшие же 2—3 года улучшение соотношения численности мужчин и женщин может и не сказаться на общей численности родившихся. Так как это улучшение еще незначительно, оно может быть перекрыто колебаниями самой рождаемости и влиянием структурных сдвигов в возрастном составе генеративного контингента.

Изучение повозрастных коэффициентов рождаемости в динамике показывает, что рождаемость у женщин во всех возрастах уменьшается, причем понижение это тем более интенсивно, чем старше женщины. В настоящее время диспропорция в численности мужчин и женщин приводит к тому, что многие незамужние женщины старше 35 лет не имеют возможности найти себе пару, что, конечно, не может не сказываться на уровне рождаемости в этом возрасте. Если в обычных условиях женщина в возрасте 35 лет и старше может родить 3-го, 4-го ребенка и детей более высоких очередностей, то при диспропорции в численности мужчин и женщин многие женщины не рождают даже одного ребенка. По мере нормализации в соотношении численности мужчин и женщин, когда резко уменьшится численность вдов и девиц, рождаемость в среднем и старшем возрасте при прочих равных условиях должна повыситься благодаря более интенсивному, чем в настоящее время, рождению детей 3-й и более высоких очередностей.

Расчет общей численности будущих рождений с учетом нормализации соотношений в численности мужчин и женщин и ее влияния на соотношение состоящих и не состоящих в браке показал, что если тенденция к уменьшению среднего числа детей в семье в дальнейшем не усилится, то общее число рождений будет ежегодно в 60-е годы на 2—3%, а в 70-е годы на 4—5% выше, чем без учета указанных обстоятельств. Нормализация соотношений в численности мужчин и женщин и повышение в связи с этим рождаемости должны в значительной степени смягчить предполагаемое уменьшение в 1965—1975 гг. общего числа родившихся, обусловленное вступлением в детородный возраст относительно малочисленных контингентов женщин военных лет рождения.

УДК 618.39-085/089-06:313(571.16)

ОПЫТ ИЗУЧЕНИЯ ПОСЛЕДСТВИЙ АБОРТОВ

А. М. Лехтер

Кафедра социальной гигиены и организации здравоохранения (зав. — проф. Н. П. Федотов) и кафедра акушерства и гинекологии (зав. — проф. Б. С. Пойзнер) Томского медицинского института

Великая Октябрьская социалистическая революция в корне изменила положение женщины в СССР. С декабря 1917 г. в стране действует государственная система охраны здоровья матери и ребенка.

В начале 20-х годов в связи с материальными недостатками законом было разрешено производство абортов, но только в медицинских учреждениях. В процессе строительства социализма была создана обширная сеть учреждений, обслуживающих женщин и детей. Государство предоставило особые льготы беременным и кормящим матерям. В это время были приняты законы об охране труда женщин. В 1936 г. после широкого обсуждения было издано постановление о запрещении искусственного аборта по социальным показаниям (разрешались аборты только по медицинским показаниям).

С учетом возросшего культурного уровня советских женщин, а также повышения материального благосостояния народа Указом Президиума Верховного Совета СССР в ноябре 1955 г. каждой женщине было дано право самой решать вопрос о материнстве. В настоящее время женщина имеет возможность прерывать беременность в больничных условиях и предотвратить осложнения, которые часто возникают во внебольничных условиях.

Легализация абортов позволила всесторонне изучить их влияние на здоровье женщин, выяснить социальные факторы, побуждающие женщину к прерыванию беременности, а также изучить влияние абортов на детородную функцию.

С целью изучения указанных выше вопросов нами были проанализированы истории родов и истории болезней 12 582 женщин, находившихся в акушерско-гинекологической клинике Томского медицинского института и в двух родильных домах (им. Н. А. Семашко и родильный дом № 1) Томска за 1960—1962 гг. Мы использовали также отчеты Томского облздравотдела за тот же период.

В Томске в 1962 и 1963 гг. наметилась тенденция к снижению числа абортов. Это вызвано в основном уменьшением прослойки женщин брачного возраста в связи с сокращением рождаемости в военные годы.

Несмотря на возможность прервать беременность в лечебном учреждении, многие женщины до настоящего времени прибегают к абортам во внебольничных условиях. По нашим сведениям, на долю внебольничных абортов приходится 23—27% всех абортов, сделаных в указанные годы. Если аборты, произведенные в стационарах, принять за 100, то внебольничные составят 35,79%, криминальные же от последних — 37—46%. Статистические данные свидетельствуют о том, что значительная часть женщин, поступающих в стационары города с неполными абортами или осложнениями после них, не обращалась в женские консультации за направлением их в родильные дома для прерывания беременности. Часть женщин вынуждена была пойти на производство аборта во внебольничных условиях в связи с отсутствием достаточного количества мест в стационарах. Некоторые женщины приходили за направлением на аборт в поздние сроки беременности и, получив отказ в производстве аборта, делали его сами или прибегали к криминальным абортам. Среди женщин, делавших аборт, в основном были замужние. В этом отношении наши данные совпадают с материалами Е. А. Садвокасовой. На долю одиноких приходилось лишь 15,8%; первобеременных было 12,3—18,8%.

Наибольшее число женщин, прервавших беременность, были в возрасте от 30 до 34 лет (40%), 35—39 лет (25%) и 25—29 лет (18,7%).

Среди изученной нами группы 27% женщин сделали один аборт, 25% женщин — два, 16,3% женщин — три, 10,7% женщин — четыре, 6,6% женщин — пять и 14,4% женщин — от 6 до 20 абортов. М. С. Александров и Л. Ф. Шинкарева (1961) приводят несколько иные сведения. Согласно их данным, с одним абортом было 43,3%, с двумя абортами — 23,2%, а на долю женщин, сделавших от 4 до 20 абортов приходилось 19,7%.

К сожалению, имеющиеся в нашем распоряжении материалы не позволили выяснить повторяемость абортов в одном и том же году.

Каковы же мотивы, побуждающие женщин идти на производство аборта? В одном из родильных домов города на протяжении 2 лет проводился опрос женщин о причинах, приведших их к прерыванию беременности. Выяснилось, что в 21,9% случаев причиной аборта были неблагоприятные жилищные условия. По данным Е. А. Садвокасовой (по ряду городов РСФСР), этот показатель был лишь 14,4%. Мы склонны объяснить расхождение тем, что жилищное строительство в Томске, вероятно, больше отстает от потребности населения, чем в других горо-

дах. По профессиональному составу группа женщин, нуждающихся в улучшении жилищных условий, чрезвычайно разнообразна: здесь много рабочих, а также учащихся вузов и техникумов, которые после замужества вынуждены жить на частных квартирах. Возраст женщин упомянутой группы колеблется от 20 до 29 лет. Более $^1/_4$ всех абортов (25,6—27,2%) обусловлено трудностью устройства ребенка в детские учреждения. У многих из этих женщин уже было прежде по 2—3 аборта. Болезнь супругов как основание для прерывания беременности не превышала 4,5% всех случаев абортов.

Самую значительную группу (45,6%) составили женщины, выдвинувшие в качестве причины аборта нежелание иметь больше 2—3 детей. По сведениям Е. А. Садвокасовой, этот мотив обусловил 30,2% абортов.

В связи с легализацией аборта значительно уменьшился вред, наносимый здоровью женщин. Но опасность последствий аборта не ликвидирована, поскольку аборт, произведенный даже в лечебном учреждении, не исключает потенциальной опасности для здоровья женщин как в ближайший, так и в отдаленный период жизни. Это подтверждают литературные данные. По материалам М. А. Петрова-Маслакова (1952), воспалительные процессы в женских половых органах после аборта отмечались значительно чаще, чем в послеродовом периоде. Воспалительные явления у женщин, которым был произведен аборт, наблюдались в 15,6% случаев, а у рожениц — в 9,3%. Л. В. Ванина (1962) указывает, что многократное искусственное прерывание беременности нередко вызывает у женщин воспаления родовых путей, являющиеся одной из причин разрывов матки. К. М. Узилевская и М. Б. Майзенштейн (1962) пишут, что главной причиной вторичного бесплодия следует считать воспалительные процессы половой сферы, связанные с абортом. П. А. Белошапко, И. Н. Иванова и Е. А. Майзель (1962) также считают, что первое место среди причин вторичного бесплодия занимал аборт. По исследованиям М. С. Александрова и Л. Ф. Шинкаревой (1961), эта группа женщин составляла 15,8%, а вторичное бесплодие на протяжении более 5 лет наблюдалось у 10,4% женщин, прибегавших к прерыванию беременности. В. П. Пичуев (1961) указывает, что причиной бесплодия в 69% случаев были воспалительные заболевания полового аппарата, почти как правило, связанные с абортами (50,5%). По поводу бесплодия после аборта чаще всего обращались женщины в возрасте 25—35 лет (76,7%).

Ряд видных советских ученых (В. С. Груздев, А. Н. Орлов, С. А. Селицкий, И. М. Львов, И. Ф. Жордания и др.) большое значение в акушерской и гинекологической патологии придают послеабортным заболеваниям. Так, по В. С. Груздеву, основную роль в этиологии внематочной беременности играют послеабортные воспалительные процессы септического происхождения. Это подтверждают также И. Ф. Жордания, М. С. Александров и Л. Ф. Шинкарева (1961). Они приводят данные, согласно которым у 14% женщин внематочной беременности предшествовали аборты, а процент женщин с внематочной беременностью, которым произведено от 3 до 20 абортов, составил 33,5. А. Д. Аловским (1945) установлено, что в 37% случаев трубная беременность возникала в срок от 1 года до 2 лет после аборта. Г. Е. Гофман (1956) отметил внематочную беременность в течение первого года после аборта у 12,1% больных. И. Ф. Жордания показал опасность медицинского аборта не только в период производства, но и в более отдаленные сроки. Коларова, Новосад и Когутук (1964) указывают, что в 1958 г. воспалительные процессы, начавшиеся после искусственного прерывания беременности, в ранние сроки возникали в 5,22% случаев, поздние — в 12,05%. В 1963 г. эти показатели соответственно были 2,23 и 1,92%. Изменения в сроках наступления и характере менструаций были выявлены у 2% женщин. По материалам Трка и Мисингера (1964), воспалительные изменения

были обнаружены ими у 14,9% женщин. Число осложнений возрастало по мере повышения срока беременности. Так, при прерывании беременности на 5—6-й неделе они отмечались в 2,7% случаев, а на 15—16-й неделе — в 20%.

На основании документации по первичному учету женской патологии акушерско-гинекологической клиники Томского медицинского института и частично 2 родильных домов Томска нами были установлены осложнения, которые возникали непосредственно в процессе прерывания беременности, в ближайшее время после нее и в отдаленные сроки. Мы учитывали способы проведения абортов, которые применялись в стационарах города и вне их.

В лечебных учреждениях операция прерывания беременности производилась 2 способами: путем расширения цервикального канала и выскабливания полости матки и путем отсасывания плодного яйца.

Из 12 582 историй болезни и историй родов нами были отобраны только те, в которых анамнестические данные не вызывали сомнений в том отношении, что осложнения произошли после аборта. Таких историй болезни и родов оказалось 797 (6,3%).

Во время операции прерывания беременности осложнения произошли более чем в 15% случаев. Это были перфорация матки (1,2% случаев; по другим данным, на ее долю приходилось 0,16%) и маточные кровотечения (14,2% всех осложнений, наступивших при производстве аборта). В ближайшее время после аборта начинались воспалительные процессы в женских половых органах (0,8% случаев), послеоперационный сепсис (0,8%) и перитонит (0,9%). Следует отметить, что сепсисом и перитонитом осложнились исключительно криминальные аборты. Воспаление брюшины наблюдалось у 0,1% женщин, а воспаление околоматочной клетчатки — у 0,9%.

К отдаленным осложнениям были отнесены воспалительные процессы в придатках матки (28,2% всех отдаленных осложнений); самопроизвольные выкидыши (17,5%), которым предшествовали искусственные аборты, производившиеся за 3—12 месяцев до этого; вторичное бесплодие, на долю которого приходится 24,1% всех осложнений.

Внематочная беременность, которой предшествовал искусственный аборт, наступала, по нашим данным, лишь в 2,3% случаев, а менструальный цикл нарушался в 2,21% случаев.

Изучение материалов, касающихся течения беременности, родов и послеродового периода у женщин, имевших неоднократные аборты, показало, что недонашиваемость отмечалась у 2,3% женщин, приращение плаценты — у 0,8%, атоническое кровотечение — у 2,5% и другие виды патологии — у 1,6% женщин.

В последние годы в Томске отмечается значительное число женщин, страдающих фибромиомой матки. В связи с этим интересно было выяснить, существует ли связь между этим заболеванием и предшествовавшими абортами. С этой целью нами было изучено 239 историй болезни женщин, проходивших лечение в гинекологической клинике Томского медицинского института по поводу фибромиомы матки. Оказалось, что у 85,4% больных в анамнезе было от 1 до 20 абортов, причем в 79,2% случаев в период между последним абортом и заболеванием фибромиомой женщины страдали бесплодием. Только в 14,6% случаев фибромиомы диагностировались у лиц, не производивших абортов или вовсе не имевших беременности.

Таким образом, наши материалы и данные других авторов еще раз подтверждают, что после аборта создаются благоприятные условия для развития различных патологических процессов в половой сфере женщин.

Отмена запрещения производства абортов способствовала уменьшению числа криминальных выкидышей, а тем самым и снижению числа случаев воспалительных процессов и смертности. По данным О. К. Ни-

кончик (1965), летальность при абортах в 1963 г. снизилась по сравнению с 1955 г. более чем в 10 раз. В Томске с 1961 по 1963 г. летальность уменьшилась в 2 раза. Однако в связи с тем, что число искусственных абортов все еще остается значительным, возрастает роль врачей акушеров-гинекологов в борьбе с абортами. Перед ними стоит задача настойчиво вести постоянную разъяснительную работу о вреде абортов. Большое значение имеет пропаганда противозачаточных средств, выработка которых должна быть значительно расширена, а надежность повышена. Особое внимание следует уделять первобеременным. До настоящего времени в Томске при женских консультациях не организованы кабинеты по предупреждению беременности.

Для снижения и ликвидации внебольничных абортов в Томске необходимо прежде всего увеличить количество коек для производства искусственных абортов и обязать промышленные предприятия города и сельской местности планово (и в положенные сроки) строить помещения для яслей, детских садов и площадок.

Поступила 13/IX 1965 г.

УДК 614.1:313.13-057

К ВОПРОСУ ОБ УСОВЕРШЕНСТВОВАНИИ СИСТЕМЫ ИЗУЧЕНИЯ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ НА ПРЕДПРИЯТИЯХ

В. А. Мозглякова

Всесоюзный научно-исследовательский институт социальной гигиены и организации здравоохранения им. Н. А. Семашко (Москва)

Обобщение работ по изучению заболеваемости с временной нетрудоспособностью дает основание высказать некоторые соображения о недостатках системы изучения заболеваемости на предприятиях и путях ее усовершенствования.

Существующая система текущего изучения заболеваемости на основе отчетной формы З-1 достаточно оперативна, позволяет проследить динамику, заболеваемости, сравнить ее уровни по предприятиям, отраслям промышленности и отдельным территориям. Но, как известно, список болезней в форме З-1 слишком краток. Для расширения оперативного использования материалов о заболеваемости необходимо, чтобы профсоюзные органы передавали органам здравоохранения полный объем сводной отчетной информации о временной нетрудоспособности.

Даже при текущем анализе заболеваемости с временной нетрудоспособностью трудно обойтись без дополнительных сведений по ряду признаков (цех, пол, место лечения). Особенно важен вопрос о системе углубленного изучения заболеваемости на предприятиях.

В дополнение к оперативной отчетности по форме З-1, охватывающей основной массив предприятий (около $^1/_3$ работающих в народном хозяйстве), следует ввести обязательное углубленное изучение заболеваемости на более узком выборочном круге предприятий различных отраслей народного хозяйства. К разработке и обсуждению программы этого изучения должен быть привлечен широкий круг учреждений.

Нам представляется, что система углубленного изучения заболеваемости на выборочном круге предприятий должна включать ежегодное изучение заболеваемости с временной нетрудоспособностью по листкам нетрудоспособности и периодическое (раз в 3—5 лет) изучение заболеваемости по накопленным за ряд лет материалам полицевого учета временной нетрудоспособности и данным профилактических осмотров.